

Adénophlegmons

Martine François

L'adénophlegmon se définit comme une adénite suppurée accompagnée d'une infection périganglionnaire. Les adénophlegmons siègent essentiellement au niveau du cou. Ils ne sont pas très fréquents, et les séries publiées ne rassemblent en général que quelques dizaines de cas sur 5 à 10 ans.¹

PRÉSENTATION CLINIQUE

L'augmentation brutale de volume d'un ganglion cervical accompagnée de signes locaux d'inflammation : rougeur et chaleur de la peau, douleur au moindre attouchement, dans un contexte plus ou moins fébrile, évoquent avant tout un adénophlegmon. Ce tableau peut cependant aussi évoquer un kyste surinfecté, en particulier dans la région médiane du cou où les adénopathies sont rares et où il s'agit en général d'un kyste du tractus thyroïdologique; dans la région latérale, il peut s'agir d'un kyste amygdaloïde infecté. En cas de doute, l'échographie-doppler-énergie peut faire la différence, car en cas de kyste, contrairement aux adénophlegmons, la zone centrale de la masse est complètement avasculaire.¹ Sur le plan pratique, faire la différence entre les deux n'est pas urgent, car le traitement initial est le même, mais en cas de kyste il faut envisager de réaliser secondairement une exérèse, ce qui n'est pas le cas pour l'adénophlegmon.

PRISE EN CHARGE

Le traitement (v. figure) repose sur l'antibiothérapie, mais une évacuation du pus par ponction et/ou drainage est parfois nécessaire. Le niveau de la fièvre initiale, l'importance de la polynucléose, l'élévation de la protéine C-réactive n'interviennent pas dans cette décision.² L'important est de savoir s'il y a, ou non, des tissus nécrosés et du pus au centre de l'adénophlegmon. Si la masse est fluctuante, la clinique suffit. Si l'adénophlegmon est dur à la palpation, il faut

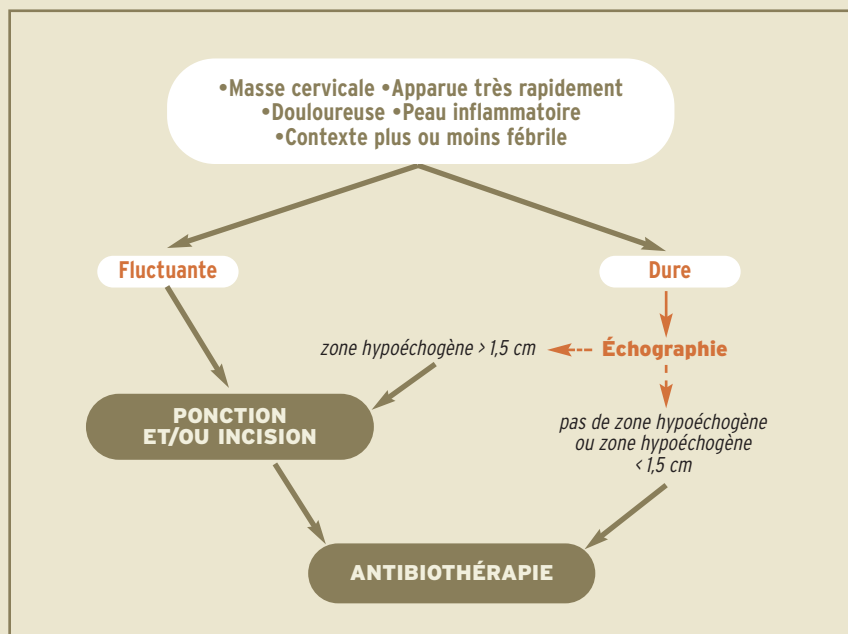


Figure Conduite à tenir devant un adénophlegmon cervical.

faire une échographie pour rechercher au centre une plage hypoéchogène de volume significatif (plus de 1,5 cm de diamètre).³

La ponction se fait après application, pendant au moins une heure, de crème Emla (lidocaïne et prilocaïne), si possible sous inhalation de Meopa (mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote), avec une aiguille 16 G montée sur une seringue de 5 à 20 cc selon le volume prévisible de la collection. Le pus est adressé au laboratoire de microbiologie. La tendance actuelle est de préférer la ponction à l'incision,⁴ car cette dernière demande, chez l'enfant, une anesthésie générale (donc attendre que l'enfant soit à jeun, qu'une salle et un anesthésiste soient disponibles, plus les risques faibles mais non nuls d'une anesthésie générale), est suivie pendant 2 ou 3 jours de soins pluriquotidiens douloureux (là encore, utiliser Meopa) et laisse inévitablement une cicatrice qui peut être disgracieuse, voire

chéloïde. Si le volume est important, l'incision est proposée d'emblée. Si le volume est faible, de plus en plus d'équipes proposent dans un premier temps une ponction, quitte à inciser 2 jours plus tard, en cas d'évolution défavorable.

L'antibiothérapie doit couvrir les deux germes le plus fréquemment en cause : staphylocoque doré et *Streptococcus pyogenes*. Si l'enfant n'a jamais reçu d'antibiotique, l'association amoxicilline-acide clavulanique ou la pristina mycine peut être proposée en première intention. Mais, bien souvent, les enfants ont déjà reçu une ou plusieurs doses d'antibiotiques, et si malgré une antibiothérapie adaptée aux germes les plus fréquents les symptômes et les signes persistent, voire s'aggravent, il est alors conseillé de prescrire l'association céfotaxime (150 mg/kg/j en 4 fois) vancomycine (60 mg/kg/j en 4 fois). La durée habituelle de l'antibiothérapie parentérale, et donc de

l'hospitalisation, est de 5 jours. Le relais est pris per os par l'association amoxicilline-acide clavulanique ou la pristinamycine.

ÉTIOLOGIE

Les adénophlegmons peuvent se voir à n'importe quel âge. Le plus jeune patient rapporté n'avait que 10 jours ! Cependant, cette pathologie se rencontre surtout chez les enfants de moins de 4 ans.

Les adénophlegmons surviennent chez des enfants immunocompétents, et sauf s'il y a notion d'infections répétées d'autres appareils (respiratoires, urinaires, cutanées...) il n'y a pas lieu de faire faire un bilan immunitaire.

La porte d'entrée d'un adénophlegmon est dans le territoire de drainage du ganglion en cause. Cette porte d'entrée peut être une varicelle ou une piqûre d'insecte pour un adénophlegmon occipital, c'est en règle générale une pharyngite pour un adénophlegmon sous-angulomaxillaire ou sous-digastrique. Parfois, malgré un interrogatoire policier, la porte d'entrée n'est pas retrouvée.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

1. François M, Mariani-Kurkdjian P, El Bakkouri W, Bingen E. Adénites cervicales suppurées chez l'enfant, une série de 45 cas. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 2004;121:110-4.
2. Luu TM, Chevalier I, Gauthier M, Carceller AM, Bensoussan A, Tapiero B. Acute adenitis in children : clinical course and factors predictive of surgical drainage. J Paediatr Child Health 2005;41:273-7.
3. Serour F, Gorenstein A, Somekh E. Needle aspiration for suppurative cervical lymphadenitis. Clin Pediatr 2002;41:471-4.
4. Douglas SA, Jennings S, Owen VM, Elliott S, Parker D. Is ultrasound useful for evaluating paediatric inflammatory neck masses? Clin Otolaryngol 2005;30:526-9.

Alors que la résistance aux pénicillines ou aux céphalosporines n'a jamais été rapportée, la résistance aux macrolides est un fait établi et significatif sur le plan clinique mais variable dans le temps : 6 % en 2000, 24 % en 2004, 12 % en 2007.^{4,6} Compte tenu du taux de résistance des streptocoques du groupe A aux macrolides et apparentés, il est recommandé de faire un prélèvement bactériologique avant leur utilisation ; leur prescription doit être réservée aux patients ayant une contre-indication aux bêta-lactamines. Dans ce cas et après mise en culture d'un prélèvement bactériologique : azithromycine (3 jours), clarithromycine (5 jours), josamycine (5 jours) sont utilisables, ainsi que téli-thromycine à partir de 12 ans

(5 jours). Le cotrimoxazole et les tétracyclines ne sont pas recommandés du fait d'une résistance importante et de concentrations minimales inhibitrices élevées. La pristinamycine reste active in vitro, quel que soit le mécanisme de résistance aux macrolides. Cependant, la forme disponible (comprimé, difficilement utilisable avant 6 ans) et l'absence d'études cliniques dans ces pathologies limitent son intérêt. La rifampicine paraît a priori une alternative peu souhaitable étant donné son fort pouvoir mutagène et son activité antituberculeuse. De plus, dans l'angine, elle n'a été utilisée avec une bonne efficacité qu'en association à la pénicilline chez des sujets dont le streptocoque du groupe A n'avait pas été éradiqué par un traitement conventionnel.^{7,8} En revanche, en monothérapie, elle ne peut être conseillée du fait de l'émergence rapide de souches résistantes et d'échecs fréquents.⁹

Des traitements symptomatiques visant à améliorer le confort, antalgiques et antipyrétiques notamment, sont recommandés. Ni les anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose anti-inflammatoire ni les corticoïdes par voie générale ne sont recommandés. Quelle que soit la famille d'antibiotiques utilisée, dès les premiers jours de traitement, les patients sont améliorés cliniquement, et dès le deuxième jour les prélèvements de gorge sont stériles, permettant le retour de l'enfant en collectivité.¹⁰

Cependant, les nombreuses études sur l'efficacité des antibiotiques dans l'angine à streptocoque du groupe A montrent que, chez un nombre non négligeable de patients (5 à 40 % selon les publications), la même souche de streptocoque du groupe A est isolée soit immédiatement après le traitement soit dans les semaines qui suivent. Si la grande majorité de ces patients sont asymptomatiques et ne vont avoir aucune complication, d'autres vont avoir à nouveau des symptômes d'angine.

Ces échecs d'éradication sont plus fréquents chez les jeunes enfants (< 6 ans) que chez les plus âgés et les adultes.^{11,12}

POUR LA PRATIQUE

- La discrimination entre angine due à un streptocoque du groupe A et angine non streptococcique (le plus souvent virale) ne peut être faite de façon fiable par la clinique, même en utilisant des scores.
- La mise à disposition gratuite de tests de diagnostic rapide sensibles (> 90 %) et spécifiques (> 95 %) du streptocoque du groupe A (TDR-SGA) change la donne et permet de faire cette distinction.
- Une angine dont le test est positif doit être traitée par antibiotique, une angine dont le test est négatif ne doit pas recevoir d'antibiotique.
- Du fait de la résistance du streptocoque du groupe A aux macrolides et de l'absence de résistance aux bêta-lactamines, il faut prescrire une molécule appartenant à cette famille (amoxicilline notamment) et pour une durée de traitement courte.
- Si les échecs de traitement sont exceptionnels, les récives sont fréquentes, imposant d'autres schémas thérapeutiques.